

En sjekkliste for sikring av tolkebruk

- Et kvalitetsforbedrende tiltak ved Gynekologisk poliklinikk, OUS
avdeling Kirkeveien

Gruppe K-9 V05

Gruppeleder: Lisa Michelle Marman Tangnes

Cecilie Næslund Golden, Helle Lee Elena Beck Figenschow, Linh Anh Nguyen,

Svein Erik Emblem Moe og Therese Marie Kristine Normann



Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring

Universitetet i Oslo

Det medisinske fakultet

Institutt for allmenn og samfunnsmedisin

Juni 2010

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE.....	2
SAMMENDRAG.....	3
INTRODUKSJON	4
PROBLEMSTILLING	4
BAKGRUNN FOR VALGET AV PROBLEMSTILLING	4
TILTAK OG METODE	4
KUNNSKAPSGRUNNLAGET	4
SØKESTRATEGI.....	4
GENERELT OM TOLKING	5
LOVGRUNNLAGET	5
BETYDNINGEN AV GOD KOMMUNIKASJON	6
PROFESJONELL TOLK OG AD HOC-TOLK	6
EFFEKTEN AV TOLKESAMTALER	6
BRUK AV TOLKETJENESTER I NORGE	6
<i>Felles retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i offentlig sektor i Norge</i>	<i>8</i>
ABORTER HOS FREMMEDSPRÅKLIGE.....	8
<i>Generelt</i>	<i>8</i>
<i>Overrepresentasjon av abort blant ikke-vestlige kvinner</i>	<i>8</i>
FORBEDRINGSGRUNNLAGET	9
INNHEMTNING AV INFORMASJON FRA VÅRT MIKROSYSTEM.....	9
INDIKATORVALG	11
BEGRUNNELSE FOR TILTAKET	13
PROSESS FOR Å FINNE DET BESTE TILTAKET	14
ORGANISERING AV FORBEDRINGSPROSJEKTET	15
DISKUSJON.....	16
SØKESTRATEGIEN	16
BRUK AV PÅRØRENDE SOM TOLK.....	17
KVALITETSSIKRING AV TOLKETJENESTER	17
ØKONOMI	18
TILTAK	18
PROSJEKTETS GJENNOMFØRBARHET.....	18
FORVENTNINGER TIL PROSJEKTET	19
DEL 2.....	19
REFERANSER:	20

Sammendrag

Bakgrunn/emne: Gjennom studietiden har vi opplevd manglende bruk av tolk og variabel kvalitet i kommunikasjonen med fremmedspråklige. Vi har erfart at familie, venner og til og med medisinstudenter har blitt brukt som tolk. Her er det et forbedringspotensiale. Bruken av tolk er viktig for tillitsetablering og formidling av helseinformasjon. Dette er særdeles viktig i forbindelse med et svangerskapsavbrudd, hvor pasienten er i en sårbar situasjon. Kvinnen må forstå innholdet og omfanget av sin avgjørelse, og hun må kunne gi sitt informerte samtykke i forhold til type abortinngrep. Vårt mikrosystem er svangerskapsavbrudd ved gynekologisk poliklinikk, Oslo Universitetssykehus avdeling Kirkeveien.

Kunnskapsgrunnlaget: En rekke offentlige rapporter har vist at det er underforbruk av tolk i det offentlige. Retten til tolk er forankret i Pasientrettighetsloven. Det er vist at mangelfull kommunikasjon medfører dårligere kvalitet på helsetjenester for fremmedspråklige pasienter. Fremmedspråklige kvinner er overrepresentert blant abortsøkende, både før og etter 12. svangerskapsuke.

Begrunnet tiltak og metode: Vårt kvalitetsforbedrende tiltak er innføring av en sjekkliste om tolkebehov. Denne skal benyttes ved hver telefonhenvendelse om svangerskapsavbrudd. Sjekklisten skal fungere som et verktøy i vurderingen av kvinnens tolkebehov, slik at sykehuset kan skaffe adekvat tolk i forkant av konsultasjonen. Sjekklisten erstatter personalets skjønnsmessige vurdering av tolkebehov og hindrer at kvinner som har behov for og ønsker tolk overses. Tiltaket vil være lite kostnadskrevende og lett gjennomførbart. Indikatoren er andel tolkede konsultasjoner ved gynekologisk poliklinikk før og etter innføringen av sjekklisten.

Organisering: Vi har valgt å benytte en syklisk tilnærming, der vi gjennomfører et pilotprosjekt over 12 måneder med jevnlige møter og evaluering underveis. Gjennomføringen innebærer ansvarliggjøring av nøkkelpersoner, hvor det er viktig at disse har et eierforhold til prosjektet.

Resultater/ Vurdering: Prosjektet vårt er viktig for å sikre tolk til kvinner i en sårbar situasjon, der kravet til god kommunikasjon er essensielt. Motstand mot ny sjekkliste og ekstraarbeid for involvert helsepersonell, vil trolig utgjøre den største utfordringen i gjennomføringen av tiltaket. På sikt håper vi at sjekklisten skal implementeres i den elektroniske pasientjournalen som benyttes ved denne avdelingen.

Introduksjon

Problemstilling

Hvordan sikre bruk av tolk til fremmedspråklige kvinner i forbindelse med svangerskapsavbrudd ved gynekologisk poliklinikk, Oslo Universitetssykehus, avdeling Kirkeveien?

Bakgrunn for valget av problemstilling

Gjennom studietiden har flere av oss opplevd manglende bruk av tolk og variabel kvalitet i kommunikasjonen med fremmedspråklige. Vi har erfart at familie, venner og til og med medisinstudenter har blitt brukt som tolk. Her er det et forbedringspotensiale, særlig sett i lys av at retten til tolk for fremmedspråklige er forankret i lov.

I jakten på mikrosystem falt valget på svangerskapsavbrudd ved gynekologisk poliklinikk, Oslo Universitetssykehus (OUS), avdeling Kirkeveien. Bruk av tolk er viktig for tillitsetablering og for formidling av helseinformasjon. Dette er særdeles viktig i forbindelse med et svangerskapsavbrudd. Kvinnen må forstå innholdet og omfanget av sin avgjørelse, og hun må kunne gi sitt informerte samtykke i forhold til type abortinngrep.

Tiltak og metode

Vi vil foreslå innføring av en sjekkliste som kan brukes ved første telefonkontakt med den abortsøkende kvinnen. Sjekklisten er ment som et verktøy i vurderingen av kvinnens tolkebehov. Det vil bli tatt stilling til hvilket språk det skal tolkes til, slik at adekvat tolk kan skaffes i forkant av konsultasjonen. Indikator er andel tolkede konsultasjoner før og etter innføringen av sjekklisten.

Kunnskapsgrunnlaget

Søkestrategi

Vi har gjennomført ikke-systematiske litteratursøk i databasene Pubmed og Cochrane Library.

Følgende keywords er benyttet til enkeltsøk og i kombinerte søk med booleanske operatorer (AND/OR): induced abortion, immigrants, limited english proficiency, interpreter, medical interpreter, professional interpreter, language barrier, patient satisfaction og communication.

Utvalget av artikler baserer seg på en skjønsmessig vurdering. For kartlegging av fenomenet på nasjonalt plan har vi tatt utgangspunkt i det norske lovgrunnlaget, rundskriv og rapporter fra offentlige instanser og foreninger. I tillegg er det utført kombinerte søk i Tidsskriftet for den Norske Legeforening med søkeordene abort, tolk og innvandrere.

Generelt om tolking

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), som er den nasjonale fagmyndigheten for tolking i offentlig sektor, definerer en tolk som *”en som oversetter muntlig fra et språk til et annet, en persons tale for andre lyttere på det tidspunktet ytringen blir gjort”* (1).

Vi velger å definere *fremmedspråklig* om alle personer som ikke har norsk som morsmål. Begrepet vil derfor være uavhengig av oppholdsstatus i Norge.

Lovgrunnlaget

Retten til tolk for fremmedspråklige pasienter er forankret i Pasientrettighetslovens kapittel 3, som omhandler pasienters rett til medvirkning og informasjon. §3-5, første ledd slår fast at *”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.”* Andre ledd slår fast at helsepersonell så langt som mulig skal *”sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.”* I merknadene til loven klargjør Sosial- og helsedepartementet personer med manglende kunnskaper i norsk kan ha særlig behov for tilpasset informasjon. *”I de tilfeller hvor pasienten er fremmedspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk”* (2).

Departementet advarer eksplisitt mot å bruke pasientens pårørende som tolk. Tolking krever spesiell opplæring i tillegg til at en del situasjoner kan være av en slik art at familien bør holdes utenfor (2).

Det økonomiske aspektet ved bruk av tolk i helsetjenesten er fastlagt i UDIs rundskriv nr 23/94. *”Utgifter til tolketjenester i forbindelse med undersøkelse og behandling i sykehus og offentlige klinikker dekkes av institusjonene. Alle utgifter til tolketjenester ved undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister dekkes av kommunen”* (3).

Forskrift om statsautoriserte tolker pålegger tolker å arbeide i samsvar med god tolkeskikk (4). *”Retningslinjer for god tolkeskikk”* er utarbeidet i 1997 av Kommunal- og regionaldepartementet og er gjeldende for alle som er oppført i Nasjonalt tolkeregister. Bestemmelsene bør i følge IMDi også være retningsgivende for alle som påtar seg tolkeoppdrag (1). Retningslinjene fastslår følgende:

- Tolken skal ikke påta seg oppdrag uten å ha de nødvendige kvalifikasjoner
- Tolken skal ikke tillate at egne holdninger eller meninger påvirker arbeidet.
- Tolken skal tolke innholdet i alt som sies, intet fortie, intet tillegge, intet endre.
- Tolken har taushetsplikt.

Lov om svangerskapsavbrudd omtales ikke her, da den ikke eksplisitt omtaler bruk av tolk.

Betydningen av god kommunikasjon

Lovfestet krav om pasientinformasjon viser at kommunikasjon vektlegges i helsevesenet. I en systematisk oversikt undersøkte sammenhengen mellom lege-pasient-kommunikasjon og pasienters sykdomsforløp. Det ble vist at kvaliteten på kommunikasjonen påvirker emosjonell helse, symptomer, funksjonsnivå, resultater av supplerende undersøkelser og smertenivå (5).

Profesjonell tolk og ad hoc-tolk

En profesjonell tolk er en person som er betalt av helsesystemet for å tolke. En ”ad hoc”-tolk er en utrent tolk; et familiemedlem, en tospråklig helsearbeider eller andre frivillige (6). Tolkesamtalen kan skje der pasienten befinner seg (tilstedeværende tolk) eller via telefon (telefontolk).

En studie fra USA viser at profesjonelle tolker gjør færre feil som får kliniske konsekvenser enn ad hoc-tolker (7). Pasienttilfredshet og tilfredshet hos helsearbeidere er knyttet til type tolk som benyttes. Klinikere er mer fornøyde ved bruk av profesjonell tolk enn ved bruk av ad hoc-tolk (8). Både pasienter og helsearbeidere har høy tilfredshet med tilstedeværende tolk og dårligere tilfredshet med ad hoc tolk. Ved bruk av telefontolk, er pasienter mindre fornøyde enn helsearbeidere (9).

Effekten av tolkesamtaler

Betydningen av tolkesamtaler har vært svært lite undersøkt i Norge. Derimot finnes flere artikler fra USA på dette området. En studie sammenliknet pasienter som oppga å ha behov for tolk eller å ha dårlige engelskkunnskaper, med pasienter som oppga å ha gode engelskkunnskaper (10).

- Pasientene med gode engelskkunnskaper rapporterte mer tilfredshet.
- Flere i gruppa med gode engelskkunnskaper opplevde at legen forsto hvordan de hadde det.
- Manglende forklaring av bivirkninger korrelerer negativt med compliance ved medikamentell behandling. Manglende språkkunnskaper korrelerer negativt med pasienttilfredshet.

Bestilling av supplerende undersøkelser kan tenkes å erstatte dialog

Bruk av tolketjenester i Norge

Behovet for å bedre rutineene ved bruk av og bestilling av tolk i forbindelse med undersøkelse og behandling i helsetjenesten er understreket i en rekke offentlige rapporter (11-13).

Som nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor står Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) sentralt i arbeidet med å kartlegge bruken av tolketjenester, og med å utvikle tiltak for å styrke tolkingens kvalitet. For å øke tilgangen til kvalifiserte tolker driver IMDi Nasjonalt tolkeregister. Per 31.12.2009 var 1075 tolker oppført i registeret i 66 språk.

Rekruttering til registerets høyeste kvalifikasjonskategorier skjer via tolkeutdanning og statsautorisasjon. Målet er at bestilling av tolk i offentlig sektor skal skje via tolkeregisteret (14).

IMDi konkluderte nylig med at det til tross for et økende antall kvalifiserte tolker, er et fortsatt underforbruk av tolk i offentlig sektor. Det er manglende bruk av tolk, bruk av uegnede erstatninger, inkludert pårørende og bruk av ukvalifiserte tolker (15).

I 2006 gjennomførte Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) i samarbeid med IMDi en undersøkelse om fastlegenes bruk av tolk. Noen av hovedfunnene i undersøkelsen er:

- **At tilgangen på tolk er god, men at kvaliteten på tolkingen varierer.**

Fastleger opplever ikke at det byr på store utfordringer å få tak i tolk. Manglende kvalitet relateres til dårlige språklige ferdigheter hos noen tolker, men også tolkenes manglende kjennskap til medisinske ord og uttrykk.

- **Det er vanlig å benytte familiemedlemmer eller en person fra pasientens eget miljø istedenfor en tolk, til tross for at fastlegene foretrekker å bruke tolk.**

Tre av fire fastleger foretrekker å benytte profesjonell tolk. Bruk av pårørende svekker muligheten til pasientmedvirkning, og informasjon unnlates fra pasientens side av hensyn til personer som står pasienten nær, og delvis også fra *legens* side. Likevel er bruk av pårørende som tolk svært utbredt: Fastlegene oppgir at de *ofte eller noen ganger* benytter voksne familiemedlemmer (78 %), personer fra pasientens eget miljø (55 %) og mindreårig familiemedlem (29%).

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) har som mål å legge til rette for et likeverdig helsetilbud for alle etniske grupper i Norge. NAKMI gjennomførte i 2006 en spørreundersøkelse blant første- og annenlinjehelsetjenesten i Oslo (12). Fastleger i 3 bydeler med stor innvandrerbefolkning, og sykehusene som betjener disse deltok. Noen av hovedfunnene er:

- En fjerdedel gjennomfører første samtale uten tolk og ser hvordan det fungerer.
- 35 % opplever ofte eller alltid situasjoner der det ikke brukes tolk, selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle.
- 26 % tilkaller ikke tolk selv om det trengs, fordi det er tidkrevende og upraktisk.

Avslutningsvis i rapporten anbefaler NAKMI at bruk av mindreårige som tolk bør forbys og at det bør innføres kontrollrutiner med sanksjonsmyndighet (12).

Legeforeningen tar i sin rapport "Likeverdig helsetjeneste" fra 2008 utgangspunkt i at kvalifisert tolk benyttes i for liten utstrekning i helsevesenet (13). Mulige årsaker til dette er: for få tilgjengelige tolker, varierende kvalitet, økonomi eller behandlerens eller pasientens motstand mot bruk av tolk. Rapporten understreker at behandlingskvaliteten vil kunne forringes ved manglende bruk av tolk.

Rapporten tar også opp bruken av pårørende som tolk. "Familietolken" kan falle ut av tolkerollen og ta over kommunikasjonen for pasienten. Det påpekes også at barn ikke skal involveres i familiens sykdommer. Videre er det behov for tolker med kjennskap til medisinske faguttrykk, da bruk av ukvalifisert tolk kan ha alvorlige følger som feildiagnostisering og feilmedisinering. Dette innebærer at utdanningen av tolker må bedres. Foreningen mener det må innføres en finansiering av tolkede konsultasjoner som er uavhengige av institusjonenes driftsbudsjett (13).

Felles retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i offentlig sektor i Norge

I 2009 ledet IMDi en arbeidsgruppe som består av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, NAV, Helsedirektoratet, Kriminalomsorgen, Politidirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Målet har vært å utarbeide konkrete forslag til kvalitetssikring av tolking i offentlig sektor. I sin rapport til departementet har gruppen foreslått felles retningslinjer for bruk og bestilling av tolk i det offentlige (16). Innføring av slike retningslinjer inngår som tiltak i regjeringens handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering (2009-2012).

Aborter hos fremmedspråklige

Generelt

Vår målsetning er å øke antall tolkede samtaler med fremmedspråklige kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd. Effekten av tolkesamtaler er som nevnt lite undersøkt i Norge.

Kildegrunnlaget for bruk av tolk ved svangerskapsavbrudd er også sparsomt. I det følgende ses aborter i sammenheng med fremmedspråklige. Det tas ikke utgangspunkt i tolkesamtaler.

Overrepresentasjon av abort blant ikke-vestlige kvinner

En norsk studie fra 2002 undersøkte andelen ikke-vestlige kvinner blant alle som begjærer svangerskapsavbrudd. Det ble vist at kvinner med ikke-vestlig bakgrunn er overrepresentert blant de som begjærer svangerskapsavbrudd før utgangen av 12. svangerskapsuke (17). I en annen norsk studie fra 2006 ble det vist at kvinner med ikke-vestlig bakgrunn også er overrepresentert ved søknad om abort etter 12. svangerskapsuke. Gjennomsnittlig svangerskapsvarighet ved tidspunkt for abortbegjæring etter 12. svangerskapsuke var også lenger blant ikke-vestlige. En forklaring på dette kan være mangel på kunnskap om abortloven og tidsbegrensninger.

Kvinner med ikke-vestlig bakgrunn får også oftere avslag på abortsøknad på sosialt grunnlag enn vestlige kvinner. Dette kan være knyttet til språkproblemer, som kan bidra til at kvinnen ikke kan fremføre sin sak (18).

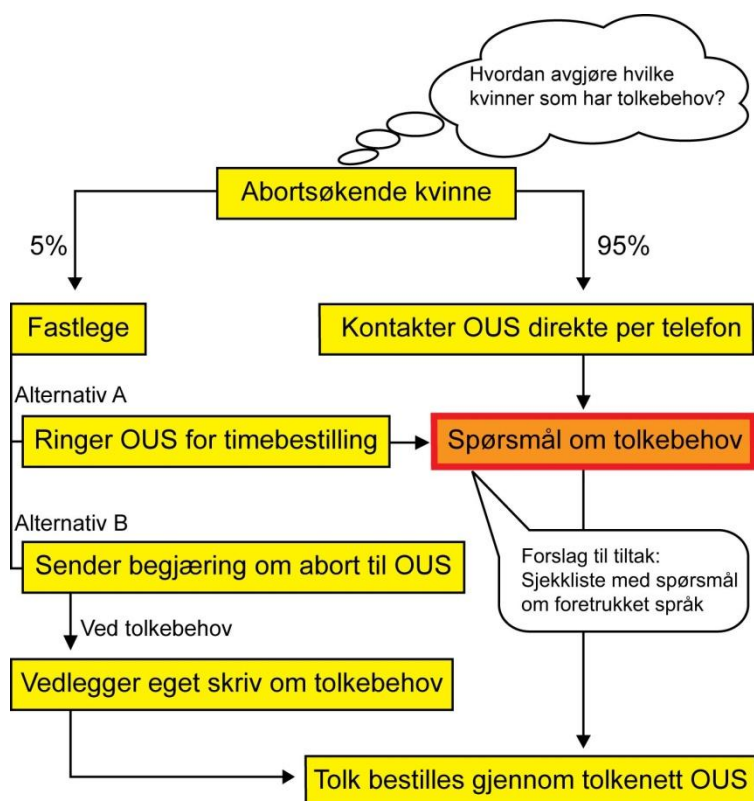
Overrepresentasjon av innvandrere og minoritetsgrupper blant abortsøkende er også blitt vist i studier fra utlandet (19, 20). I USA har kvinner med minoritetsbakgrunn flere uplanlagte svangerskap og disse medfører både flere aborter og flere uplanlagte fødsler (19). Også i Sverige er det vist at innvandrere er overrepresentert blant abortsøkende unge kvinner (20).

Forbedringsgrunnlaget

Innhentning av informasjon fra vårt mikrosystem

Vi arrangerte et møte med en av de tre konsulentene som jobber ved Kontakttelefon for svangerskapsavbrudd ved OUS. Vi intervjuet henne om prosessen rundt bestilling av time til forundersøkelse for svangerskapsavbrudd, vurdering av tolkebehov og bestilling av tolk.

En kvinne som ønsker svangerskapsavbrudd, vil i 95 % av tilfellene ringe direkte til Kontakttelefon for svangerskapsavbrudd for bestilling av time. De resterende 5 % henvises fra fastlege eller helsesøster. Dette gjøres ved hjelp av et henvisningsskriv, eller over telefon. Informasjon om tolkebehov må da nedtegnes i henvisningsskrivet eller gis muntlig (Figur 1).



Figur 1: Flytdiagram for nåværende praksis for kvinner tilhørende OUS som ønsker abort

Under telefonsamtalen utfylles ”Journal ved svangerskapsavbrudd” (vedlegg 1). Journalen foreligger i dag i papirform, men føres inn elektronisk. Dette er en midlertidig løsning frem til elektronisk pasientjournal er implementert. Journalen brukes til statistikk for fødselsregisteret og som kvinnens pasientjournal. Videre i telefonsamtalen informeres det om medisinsk og kirurgisk abort. I samtalen der det kan tenkes at kvinnen trenger tolk tas dette opp. Det er ingen mal for spørsmål om tolkebehov under telefonsamtalene. De som besvarer samtalen foretar en skjønnsmessig vurdering av dette.

Når det er fastslått at kvinnen har behov for og ønsker tolk til time for forundersøkelse, er det sykehusets ansvar å skaffe tolk. Tolk bestilles på internett via sykehusets leverandør av tolketjenester, Noricom. Dette er en enkel og rask prosess der man fører inn dato for konsultasjonen, samt hvilket språk og dialekt det skal tolkes til. Det spesifiseres at det er en gynekologisk konsultasjon, slik at det kun brukes kvinnelige tolker. Utgifter til tolking dekkes av sykehuset.

Det ble fra konsulentens side påpekt at poliklinikken trolig benytter for lite tolk. I situasjoner der pårørende ringer for kvinnen og svarer avkreftende på spørsmål om behov for tolk, blir tolk ikke bestilt. Ofte sier pårørende at han/hun skal være med og fungere som tolk. En erfaring ved poliklinikken er at partner ofte fører samtalen under konsultasjonen, selv om kvinnen har gode nok norskkunnskaper til å gjøre dette selv. I tilfeller der kvinnen snakker lite eller ingen norsk, og partner fungerer som tolk, forsikrer helsepersonellet seg om at kvinnen forstår nok norsk eller engelsk til å oppfatte at det er en abortforundersøkelse hun kommer for. I slike situasjoner ville tolk være gunstigere, men ved gynekologisk poliklinikk oppleves det som vanskelig å bestille tolk når paret ønsker at partner skal tolke. Det er sjelden konsultasjoner ikke blir gjennomført på grunn av språkproblemer. Det kan imidlertid skje at en kvinne som ikke snakker norsk, møter opp alene etter at pårørende har bestilt time over telefon. I slike tilfeller gjør lege/sykepleier så godt de kan for å kommunisere med kvinnen, og utsetter samtale om prevensjon til en konsultasjon med tolk etter inngrepet. I enkelte tilfeller brukes telefontolk.

Et problem går igjen blant kvinner fra små, transparente innvandermiljøer. Mange av disse kvinnene er bekymret for om de skal møte en tolk de kjenner, eller at tolken skal bryte taushetsplikten overfor andre i miljøet. Her kunne telefontolk være et alternativ, men det benyttes sjelden ved poliklinikken, da det ansees som upraktisk og tidkrevende.

Tiltaket vi endte opp med er en sjekkliste, som skal brukes ved hver samtale. Dette sikrer at tolkebehovet alltid blir belyst (se Figur 2).

Tolkebruk ved Gynekologisk poliklinikk OUS

Sett kryss ved passende alternativ:

Har kvinnen norsk som morsmål?
☐ Ja
☐ Nei

Hvis nei,

Snakker og forstår kvinnen norsk
☐ Ja
☐ Nei

Hvilket språk (evt. dialekt) vil kvinnen foretrekke å motta informasjon på?

Språk:
Dialekt:

Har kvinnen blitt tilbudt tolk?
☐ Ja
☐ Nei

Ønsket tolkemodalitet:

☐ Profesjonell tilstedeværende tolk
☐ Telefontolk
☐ Familie/venn
☐ Ønsker ikke tolk

Tolk er bestilt:
☐ Ja
☐ Nei

Signatur:

Figur 2: Sjekkliste for bruk av tolk

Indikatorvalg

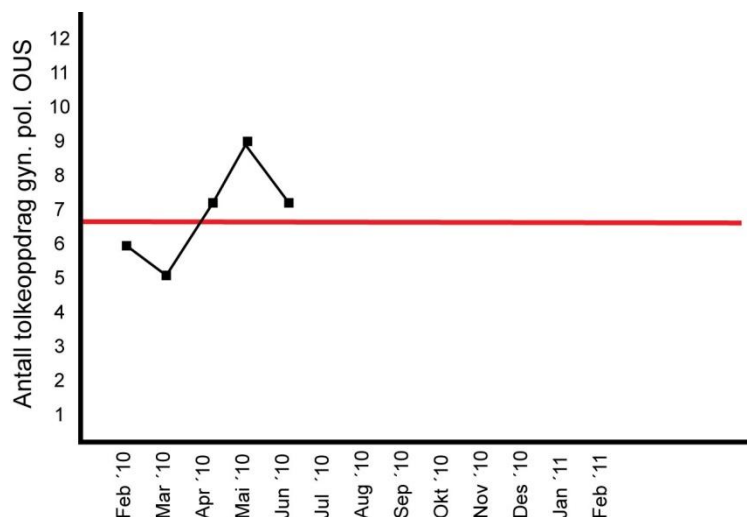
Vår indikator er andel tolkede konsultasjoner ved poliklinikken før og etter innføring av sjekklisten. Indikatoren er relevant da retten til tolk er lovfestet. Den er lett å måle og tydelig å definere, fordi det foreligger tall for antall forundersøkelser for svangerskapsavbrudd (nevner) og for antall tolkede konsultasjoner ved gynekologisk poliklinikk (teller). Dette er målbart både før og etter at sjekklisten er tatt i bruk, og en endring vil fanges opp. Datatilgjengeligheten er god, da disse tallene allerede registreres. Indikatoren er vanskelig å feiltolke, og billig å regne ut. Den vil være et mål på kvalitet, da bedre kommunikasjon øker kvaliteten på helsetjenesten.

Det er en utfordring at naturlig variasjon i behovet for tolketjenester kan gi svingninger som feilaktig fremstiller indikatoren som stigende eller synkende. Ved å fremstille indikatoren i et run-diagram vil man kunne se om endringene er signifikante, ved å følge en prosess over tid. Vi har vedlagt et eksempel på run diagram (se Figur 3). Naturlige variasjoner forekommer, men man kan si at det er en trend når det av totalt 20 observasjoner kommer 7 etterfølgende på samme side av medianen (21).

Et run-diagram er ment å være motiverende for de som jobber ved avdelingen, da det visualiserer endringer og resultater. Om disse er positive har dette en positiv smitte-effekt (21). En utfordring med indikatoren er at tolkeoppdragene ikke registreres for forundersøkelser for svangerskapsavbrudd isolert, men for oppdrag ved gynekologisk poliklinikk som helhet. Den blir da ikke så spesifikk som vi ønsker, men vi mener at den likevel er representativ, da nevneren er antall forundersøkelser for svangerskapsavbrudd og vi får et forholdstall.

I slutten av januar 2010 overtok Noricom tolketjenestene ved gynekologisk poliklinikk OUS, og har siden hatt totalt 34 oppdrag; 6 i februar, 5 i mars, 7 i april, 9 i mai og 7 oppdrag reservert for juni. Tolkenett var leverandør av tolketjenester inntil februar 2010, og de oppgir følgende antall tolketimer for 2009: januar: 16, februar: 13, mars: 18,5, april: 17,5, mai: 20, juni: 17,5, juli: 13, august: 22, september: 14, oktober: 18,5, november: 9 og desember 13. Disse tallene har vi fått oppgitt i korrespondanse med selskapene.

I 2009 var 3165 kvinner inne til forundersøkelse for abort ved gynekologisk poliklinikk OUS, 2747 av disse fikk utført abort. Vi bruker antall kvinner som var inne til forundersøkelse i vår indikator. Det er naturlig å innhente månedsvise tall ved oppstart av prosjektet.



Figur 3: Illustrasjon av run-diagram. Tallene er basert på data fra Noricom. Rød strek indikerer medianverdi. I eksemplet er det benyttet antall tolkekonsultasjoner langs vertikal akse og ikke andel tolkekonsultasjoner da andelstallene ikke er innhentet for prosjektplanleggingen.

Begrunnelse for tiltaket

Bruk av sjekkliste som kvalitetsforbedrende tiltak er ansett som et moderat effektivt tiltak (22). Vi ønsker at sjekklisten skal benyttes ved alle samtaler som gjelder forundersøkelse til svangerskapsavbrudd, slik at dette blir en rutine og at ingen som kan ha tolkebehov overses.

Det første spørsmålet er om kvinnen har norsk som morsmål, om så, er det ikke nødvendig med videre utfylling av skjemaet. Videre vil vi kartlegge om hun snakker og forstår norsk, og hvilket språk hun foretrekker å motta informasjon på. Dette spørsmålet gjelder for kvinner som snakker norsk godt nok til dagligtale, men som ikke forstår komplisert informasjon. Kvinner som ikke definerer norsk som sitt morsmål, men som foretrekker å motta informasjon på norsk skal selvfølgelig ikke tilbys tolk, og det er ikke nødvendig med videre utfylling av skjemaet.

Å benytte pårørende som tolk er ofte kvinnens eget ønske. Hun bør likevel informeres om muligheten til å få profesjonell tolk under konsultasjonen, slik at hun kan ta et informert valg.

De neste spørsmålene kartlegger hvilket språk og dialekt kvinnen snakker. Man krysser så av for om kvinnen er blitt tilbudt tolk, og om tolk er bestilt. Dette for å ansvarliggjøre den som tar i mot den aktuelle samtalen. Av samme grunn skal sjekklisten signeres.

Fordeler ved tiltaket:

1. Pasienten får sin rett til tolk oppfylt.
2. Det er kun tre ansatte som besvarer Kontakttelefonen for svangerskapsavbrudd. Dette bidrar til at tiltaket er lettere å gjennomføre.
3. Ved at sjekklisten benyttes ved alle direkte henvendelser, unngår man at pasienter med behov for tolk overses. Dette hindrer en skjønnsmessig vurdering av tolkebehov.
4. Tiltaket er lite kostnadskrevende.
5. Tiltaket vil ikke kreve større endringer som for eksempel lovendring, og vil således være mulig å gjennomføre på relativt kort tid.

Eventuelle ulemper:

1. Det vil medføre økte utgifter ved at flere tolkekonsultasjoner gir større kostnader. Dette velger vi å se bort i fra, da retten til tolk er hjemlet i lov.
2. Motstand blant ansatte og/eller ledelse mot ny sjekkliste og ekstraarbeid.

Prosess for å finne det beste tiltaket

Vår første idé om kvalitetsforbedring var å få inn en rubrikk om tolkebehov i ”Begjæring om svangerskapsavbrudd”, da vi trodde at de fleste kvinnene ble henvist av fastlege med dette skjemaet. Vi startet arbeidet med å finne ut hvordan man går frem for å endre offentlige dokumenter/skjemaer. Da vi hadde fått kunnskap om at Helsekort for gravide er under endring, og vil å inneholde en rubrikk for tolkebehov, var det naturlig å finne ut mer om dette:

Helsedirektoratet utredet muligheten for å utvikle en elektronisk utgave av Helsekort for gravide i 2007 (23). Et elektronisk helsekort antas å kunne kvalitetsforbedre både sykehusavdelingene og samarbeidet mellom primær- og sekundærtjenesten (24). Vi tok kontakt med en seniorrådgiver i Helsedirektoratet som arbeidet med dette prosjektet. Hun fortalte at når skjemaer for helsevesenet skal endres, eller ved utarbeiding av nye skjema, skal de alltid inneholde informasjon om språk og behov for tolk. Av ulike grunner tar det tid å lage det elektroniske helsekortet, og det arbeides derfor med en ny papirutgave. Denne vil ha nytt innhold og inneholde informasjon om tolkebehov. Dermed bør også ”Begjæring om svangerskapsavbrudd” inneholde en rubrikk om tolkebehov. Dette ville være i tråd med helsemyndighetenes mål om økt bruk av tolk.

Gjennom samtale med konsulenten ved gynekologisk poliklinikk viste det seg imidlertid at 95% av kvinnene tar direkte kontakt med sykehuset per telefon. ”Begjæring om svangerskapsavbrudd” fylles da ut først i etterkant av konsultasjonen. En endring av dette skjemaet ville dermed ikke medført økning i antall tolkede konsultasjoner ved poliklinikken, og vi forkastet dette prosjektet, selv om det er et viktig tiltak, som vi håper vil bli tatt tak i.

En annen mulighet for å øke bruken av tolk ved svangerskapsavbrudd, er å få inn spørsmål om tolkebehov i sykehusets ”Journal ved svangerskapsavbrudd”. Dette framstår som et godt alternativ, men lar seg ikke gjennomføre innenfor rammene av KLoK-oppgaven, da journalen er i ferd med å bli elektronisk. Vi valgte derfor å gå inn for en sjekkliste om tolkebehov i papirform, som på sikt kan implementeres i den elektroniske pasientjournalen.

Vi tenker oss et pilotprosjekt av 12 måneders varighet. Effekten av tiltaket kan evalueres fortløpende. Et positivt resultat vil være en økning i andel tolkede konsultasjoner ved Gynekologisk poliklinikk, OUS. Dersom det viser seg at tiltaket ikke fører til en økning i andelen som mottar tolketjenester, er det ingen grunn til å fortsette tiltaket og pilotprosjektet bør kanselleres.

Organisering av forbedringsprosjektet

Vi ønsker å benytte en syklisk tilnærming (21). Prosjektet vil derfor ha en organisatorisk fleksibilitet og vil bli fortløpende evaluert og eventuelt endret ved hver milepæl (se Figur 4).

For å fange interessen ved poliklinikken vil vi først organisere et møte med avdelingsoverlege og avdelingssykepleier, samt hovedkonsulenten ved Kontakttelefon for svangerskapsavbrudd.

Sistnevnte er utpekt som nøkkelpersonen i vårt prosjekt. Prosjektets gjennomførbarhet er knyttet til at nøkkelpersonen har et eierforhold til prosjektet og er motivert for å bedre praksis ved avdelingen. På det første møtet vil vi informere om prosjektet. De tilstedeværende vil kunne gi tilbakemeldinger og forhåpentligvis melde sin interesse. Det essensielle er at vi kommer i dialog og oppnår enighet om at andel tolkede konsultasjoner ved avdelingen bør økes. Vi vil så implementere tilbakemeldingene i prosjektet og utforme det etter de tilstedeværendes ønsker og anbefalinger.

Milepæl	Uke	Hovedinnhold (<i>tilstedeværende</i> : hovedbudskap)
1	0	<i>Gruppe K-9, avdelingsoverlege, avdelingssykepleier, hovedkonsulent (nøkkelperson):</i> Prosjektpresentasjon, dialog
2	2	<i>Gruppe K-9, hovedkonsulent, telefonkonsulenter (prosjektansvarlige):</i> Prosjektpresentasjon, dialog
3	4	<i>Gruppe K-9, nøkkelperson, prosjektansvarlige:</i> Prosjektpresentasjon for avdeling -ansvarliggjøring og mulighet for innvolvering av flere
4	5	<i>Nøkkelperson, prosjektansvarlige:</i> Oppstart forbedringsprosjekt, skjemaer legges ved
5		<i>Nøkkelperson:</i> Samler data - oppdaterer run-diagram månedlig Hver 3. måned vil Gruppe K-9 være i dialog
6	52	<i>Gruppe K-9, nøkkelperson, prosjektansvarlig:</i> Evaluering av pilotprosjektet foran hele avdeling. Evalueringsrapport sendes ut

Figur 4: Organiseringen av pilotprosjektet.

På møte nummer 2, to uker senere ønsker vi at vår nøkkelperson og de andre konsulentene ved Kontakttelefonen for svangerskapsavbrudd er tilstede. Formålet er å presentere prosjektet for de prosjektansvarlige, det vil si de som vil utføre det i praksis. Også på dette stadiet vil vi kunne implementere eventuelle ønskede endringer.

På møte nummer 3 to uker senere ønsker vi å presentere prosjektet for hele avdelingen, sammen med nøkkelpersonen og de prosjektansvarlige. Presentasjonen vil inneholde kunnskapsgrunnlaget for forbedringsprosjektet og informasjon om hvordan det skal implementeres i praksis. Formålet med presentasjonen er å gi informasjon om bruk av tolk for de ansatte, men viktigere, å gi de prosjektansvarlige et eierforhold til tiltaket de har ansvaret for.

I det videre forløpet er vi avhengige av vår nøkkelperson, som har ansvaret for gjennomføringen og oppfølgingen av prosjektet. Nøkkelpersonen vil ha ansvar for å kopiere opp sjekklisten slik at konsulentene har den tilgjengelig ved mottak av abortsamtaler. Denne personen vil også ha ansvaret for å telle opp og henge opp et månedlig oppdatert run-diagram på kontoret der samtalene mottas. Hver tredje måned i pilotprosjektets første år vil vi sammen med nøkkelpersonen vurdere forløpet og følge opp eventuelle avvik som manglende utfylte sjekklister, manglende oppdatering av run-diagram eller lignende.

Ved pilotprosjektets slutt etter ett år vil vi sammen med de prosjektansvarlige gjøre opp prosjektets status. Vi vil sammen presentere resultatene for de ansatte ved avdelingen. Dette er spesielt viktig dersom vi observerer en positiv trend som følge av tiltaket, slik at de ansvarlige får tilbakemelding på at de har bedret praksis. Avdelingens ansatte vil så få muligheten til å gi tilbakemelding, og prosjektets videre skjebne vil ligge i avdelingens hender. Vi vil sammen med de prosjektansvarlige skrive en rapport for prosjektet og dets utfall. Rapporten sendes til alle ansatte ved avdelingen. Hvis ønskelig, kan rapporten også sendes til offentlige instanser som arbeider for økt bruk av tolk.

Diskusjon

Søkestrategien

Det har vært vanskelig å finne relevante artikler som spesifikt omtaler vår problemstilling. Vi ønsket å formulere et PICO-spørsmål for å finne relevante artikler omkring temaet. Spørsmålet vi ønsket svar på var: hos fremmedspråklige abortsøkende kvinner, vil bruk av tolk kunne gi økt pasienttilfredshet? Vi satte opp følgende PICO-tabell (se Tabell 1). Da vår søkestragi (Induced abortion AND Translating AND Patient Satisfaction) ikke ga oss noen relevante artikler, valgte vi å benytte fritekstsøk, som beskrevet i metodedelen.

	Norske søkeord	Keywords	MeSH-termer
P (Population)	abortsøkende kvinner	abortion	Induced abortion
I (Intervention)	tolk	interpreter	translating
C (Comparison)	ikke bruk av tolk		
O (Outcome)	pasient tilfredshet	patient satisfaction	patient satisfaction

Tabell 1: PICO-søkestrategi.

Bruken av fritekstsøk ga derimot svært mange treff på urelevante artikler. Selv om søkene var forsøkt begrenset i tid, var mengden informasjon fortsatt stor. Inklusjon av artikler var basert på en skjønnsmessig vurdering av artiklenes utfyllende overskrifter og ved lesing av abstracts, noe som kan tenkes å være en feilkilde for manglende inklusjon av viktige studier.

Bruk av pårørende som tolk

En rekke offentlige rapporter har påpekt at bruk av pårørende som tolk ikke er å anbefale (11-13). Dette er spesielt uheldig i konsultasjoner som omhandler seksuell og reproduktiv helse, hvor pasientens ønsker og behov ikke nødvendigvis sammenfaller med omgivelsenes forventninger. Imidlertid har våre observasjoner av praksis brakt på det rene at mange ønsker å bruke pårørende (ofte partner) som tolk. I dette ligger det en fare for at det ikke er kvinnens eget ønske som ligger til grunn for beslutningen om provosert abort, og at helsepersonell ikke har muligheten til å kartlegge dette. Det er også fare for at kvinnen ikke får anledning til å stille de spørsmål hun ønsker og få den informasjonen hun trenger. Bruken av ad hoc tolk kan medføre feildiagnostisering, feilmedisinering og redusert compliance (7, 10, 13). Å eksplisitt tilby tolk til alle fremmedspråklige kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd, vil kunne bidra til økt bruk av tolk og dermed redusert omfang av feilinformasjon. Om det vil kunne ha innvirkning på en tenkt problematikk der kvinnen ikke selv har tatt avgjørelsen om abort, kan man ikke ta stilling til uten å undersøke dette spørsmålet konkret.

En annen årsak til at pårørende brukes som tolk i vårt mikrosystem, er redselen for å møte en tolk man kjenner, eller at tolken skal bryte taushetsplikten overfor andre i miljøet. Vi tenker oss at bruk av telefontolk vil kunne anonymisere pasienten overfor tolken, slik at disse problemstillingene blir mindre aktuelle. I studier av pasienttilfredshet ved bruk av ulike typer tolk, har det kommet fram at pasienter generelt er mindre fornøyde med telefontolk enn det helsepersonell er (9). Imidlertid har disse resultatene fremkommet i studier av tolkebruk generelt, hvor frykt for brudd på taushetsplikten eller frykt for fordømmelse ikke har vært undersøkt. Vi velger derfor å fastholde hypotesen om at bruk av telefontolk vil kunne avhjelpe disse problemene.

Kvalitetssikring av tolketjenester

IMDis målsetning om at alle som bestiller tolk i det offentlige skal ta utgangspunkt i Nasjonalt Tolkeregister, kan være et skritt i riktig retning også i forhold til disse problemstillingene. Oslo Universitetssykehus' leverandør av tolketjenester, Noricom, er ikke medlem av tolkeregisteret. Her finnes også et forbedringspotensiale: krav om medlemskap i Nasjonalt tolkeregister for alle som tolker i offentlig sektor vil kunne representere en kvalitetssikring av tjenestene.

Økonomi

Utgifter til tolk inngår i sykehusets budsjett og kan være en begrensende faktor. Bruk av pårørende som tolk kan medføre sparing under denne posten. Konsekvensen er at pasientrettighetene, samt kvaliteten på helsetilbudet, forringes. Det er mulig at de stramme budsjettene bidrar til underforbruk av tolk. Legeforeningen påpeker økonomi som en årsak til manglende bruk av kvalifisert tolk. Foreningen mener det må innføres en finansiering av tolkede konsultasjoner som er uavhengig av institusjonens driftsbudsjett (13). Dette vil være et middel for å fremme tolkebruk i helsevesenet.

Tiltak

En mulig svakhet ved tiltaket er at det ikke kommer fra avdelingen selv, men som et forslag fra oss. Vi har vært i dialog med avdelingen og diskutert ulike løsninger. Tiltaket de stilte seg mest positive til, var vårt opprinnelige forslag, men dette går utenfor rammene av Klok. Under dialogen endret vi tiltaket, da vi innså at 95% av alle abortsøkende kvinner tar kontakt per telefon. Telefonsamtalen ble da definert som det svake ledd i prosessen med å dekke behovet for tolk. En styrke ved prosjektet er at personen vi har vært mest i kontakt med, vil være nøkkelpersonen i gjennomføringen. Vår sykliske tilnærming innebærer at de involverte parter kan komme med innspill og endringsforslag underveis.

Prosjektets gjennomførbarhet

Ut fra kunnskapsgrunnlaget og informasjonen vi har innhentet, mener vi at prosjektet er nødvendig og gjennomførbart. Vi har fått positive tilbakemeldinger fra konsulenten ved Kontakttelefon for svangerskapsavbrudd, som erkjenner at tolk benyttes i for liten grad. Vi innser at prosjektet vil medføre ekstraarbeid for enkeltpersoner og at dette kan vanskeliggjøre gjennomføringen. Imidlertid håper vi at deres motivasjon vil styrkes ved at de gjøres delaktige i prosessen.

Dersom tiltaket lykkes, og vi faktisk får en økning i andel tolkede konsultasjoner, vil dette kreve økte ressurser fra sykehusets side for å dekke tolkeutgiftene. Dette velger vi å se bort ifra da vi vektlegger kvinnens rett til tolk.

Retten til tolk har vært forankret i lov i en årrekke, men fortsatt jobber Regjeringen med nye tiltak for å sikre at rettigheten blir oppfylt (24, 25). Kunnskapsgrunnlaget, kartlegging av rutiner, og samtale med Helsedirektoratet viser diskrepans mellom helsevesenets praksis og myndighetenes intensjoner. Årsakene til dette kan tenkes å være flere; det kan synes som om helsevesenet ikke har fulgt dette godt nok opp; tilrettelegging, tilgjengelighet og informasjonen har ikke vært god nok, eller det kan være mangel på tradisjon for bruk av tolk både hos pasient og helsevesen. Vi ser for oss at vårt tiltak bidrar til å konkretisere kvalitetsforbedring på området.

Forventninger til prosjektet

Da vi mener at det foreligger et forbedringspotensial ved avdelingen, har vi forventninger til at vårt kvalitetsforbedrende tiltak kan bidra til økt bruk av tolk og bedre helsetjenester til fremmedspråklige kvinner. Tiltaket kan også tenkes å være av interesse for stipendiater og andre forskere ved gynekologisk poliklinikk, OUS. Det finnes lite data om bruk av tolk i norsk litteratur. Vårt tiltak vil kartlegge bruken av tolk ved avdelingen og således tjene som rådata for omfang av tolkebruk i en sårbar situasjon. Sjekklisten kan etter ønske fra avdelingens forskere og ved tillatelse fra rette instanser også inkludere flere spørsmål som ledd i et større forskningsprosjekt ved. Et eksempel vil være kartlegging av pasienttilfredshet. Dette er selvfølgelig langt utenfor sjekklstens opprinnelige formål, men kan virke som et lokkemiddel for å fange interessen fra avdelingsledelsen.

Del 2

Delen som omhandler gruppens prosess er fjernet i oppgaven som publiseres i DUO.

Referanser:

1. Nasjonalt tolkeregister. Available from: www.tolkeportalen.no.
2. Sosial- og helsedirektoratet. Lov om pasientrettigheter -Rundskriv IS-12/2004. 2004.
3. Utlendingsdirektoratet. Rundskriv nr. 23/94. 1994.
4. FOR 1997-06-06 nr 571: Forskrift om bevilling som statsautorisert tolk og tolkeprøven. 1997.
5. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995 May 1;152(9):1423-33.
6. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Serv Res. 2007 Apr;42(2):727-54.
7. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics. 2003 Jan;111(1):6-14.
8. Hornberger J, Itakura H, Wilson SR. Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. Public Health Rep. 1997 Sep-Oct;112(5):410-7.
9. Kuo D, Fagan MJ. Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. J Gen Intern Med. 1999 Sep;14(9):547-50.
10. David RA, Rhee M. The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. Mt Sinai J Med. 1998 Oct-Nov;65(5-6):393-7.
11. Integrerings - og mangfoldsdirektoratet. Fastleger og tolketjenester: IMDi-rapport 6-2007. 2007.
12. Kale E. "Vi tar det vi har". Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. NAKMI skriftserie om minoriteter og helse 2/2006.
13. Den Norske Legeforening. Likeverdig helsetjeneste? - Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. 2008.
14. Integrerings - og mangfoldsdirektoratet. Årsrapport 2009: IMDi-rapport 1-2010. 2010.
15. Integrerings - og mangfoldsdirektoratet. Årsrapport 2007: IMDi-rapport 2-2008. 2008.

16. Integrerings - og mangfoldsdirektoratet. Bedre forvaltningspraksis for bruk og bestilling av tolk. Forslag til tiltak fra tverretattlig arbeidsgruppe. Rapport sendt Arbeids-og Inkluderingsdepartementet 15. august 2009. 2009.
17. Eskild A, Helgadottir LB, Jerve F, Qvigstad E, Stray-Pedersen S, Loset A. [Induced abortion among women with foreign cultural background in Oslo]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002 May 30;122(14):1355-7.
18. Helgadottir LB, Qvigstad E, Melseth E, Vangen S, Eskild A. [Requested abortions in Oslo 2000-2003]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2006 Jun 22;126(13):1744-6.
19. Van Look PF, Von Hertzen H. Demographic aspects of induced abortion. Mini-symposium: Therapeutic abortion. Curr Obstet Gynaecol. 1993;3:2-10.
20. Helstrom L, Zatterstrom C, Odland V. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006 Jun;19(3):209-13.
21. Den Norske Legeforening. Kom i gang, Kvalitetsforbedring i praksis. 2004.
22. Pasientsikkerhet.no. Årsaksanalyse av uønskede hendelser. Available from: www.pasientsikkerhet.no.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsproposisjon 1 (2008-2009). 2009.
24. Helse- og omsorgsdepartementet. Proposisjon 1S (2009-2010). 2010.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr 12 (2008-2009). 2009.
26. Fagplanutvalget for Klok. KLoK Profesjonsutøvelse -Veileder. 2009.
27. Ness E. Ta ledelsen - en innføring i sykehusledelse. Oslo: Universitetsforlaget; 2000.